ENTRE MORRER BEM E MORRER MAL

RENATA WEBER GONÇALVES[1]
Departamento de Antropologia
Universidade de Brasília

É no campo das investigações que buscam apreender as representações da biomedicina acerca dos processos de saúde/doença que podemos localizar o livro de Rachel Menezes.[2] Fruto de sua tese de doutorado em Saúde Coletiva, defendida no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rachel Menezes[3] apresenta, no cenário de uma unidade pública de Cuidados Paliativos, as práticas e as produções discursivas pela causa da humanização do morrer. Em contraste com outras vivências e representações, a proposta dos Cuidados Paliativos (CP), nos informa a autora, aponta uma nova representação social da morte e uma outra organização social do morrer. Somos apresentados assim, ao longo de um texto claro e fluido, a todo o contraste, tensão e, por vezes, permeabilidade entre os modelos de morte "moderna" e "contemporânea" e os territórios da biomedicina e da religião. Somos apresentados às ambigüidades e aos impasses entre a cura impossível e o cuidado possível, ao controle e ao descontrole das circunstâncias do morrer, ao poder e à problematização do poder e a um discurso militante e a uma prática. Somos apresentados, enfim, ao morrer bem e ao morrer mal.

É justamente a denúncia de uma descontinuidade, de uma diferença entre morrer bem e morrer mal, que as práticas e os discursos do campo denominado de Cuidados Paliativos buscam instituir. Com origem na Inglaterra, na década de 60, a proposta dos CPs quer romper com os fundamentos da morte moderna, isolada, oculta, silenciada e institucionalizada, e construir para a morte e o morrer um novo espaço social. A morte é colocada em discurso; o paciente, antes isolado, é recolocado no mundo

1. Psicóloga, mestranda do Programa de Pós-graduação em Antropologia Social
2. MENEZES, Rachel Aisengart. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos.* Rio de Janeiro: Fiocruz e Garamond, 2004. 225p.
3. Médica, com mestrado e doutorado em Saúde Coletiva pela UERJ, e pós-doutorado em Antropologia Social pelo Museu Nacional/UFRJ.

dos vivos e em jogo está a totalidade bio-psico-social-espiritual do paciente Fora de Possibilidades Terapêuticas (FTP). Em contraposição ao modelo da morte moderna, institui-se o modelo da morte contemporânea e, com ele, seu novo vocabulário: "morrer com dignidade", "morrer ao seu jeito", "morrer naturalmente".

É esta extensa produção discursiva dos CPs acerca dos processos de tomada de decisão relativos à doença, aos procedimentos médicos e à morte e à prática de profissionais de uma unidade pública de Cuidados Paliativos que a autora nos apresenta nas duas partes do livro: "Uma nova construção social da morte" e "Uma nova organização social do morrer". Atravessa todo o trabalho, no entanto – e este é, a nosso ver, um dos grandes méritos da autora – uma espinhosa e produtiva questão: a problemática do poder na biomedicina.

Se, por um lado, ao longo de todo livro, a autora faz corresponder o ideário dos CPs a uma nova representação social do morrer, e a sua prática, a uma nova organização do morrer, por outro, somos guiados, durante toda a narrativa, por algumas perguntas-eixo: Há, de fato, na prática e no discurso dos CPs, um rompimento com a lógica e os fundamentos da morte e da medicina modernas? A construção de outras representações do morrer e de uma diferente organização social do morrer rompem, modificam ou ampliam o poder da biomedicina?

Desta forma, à medida que apresenta novos ideário e prática – altamente eficazes na problematização da questão do poder – a autora nos interpela com uma questão crucial: No que se refere ao núcleo duro do poder, estamos de fato diante de um discurso e de uma prática diferentes? Há certamente novos atores e outras identidades em jogo. Há certamente, ao menos no campo dos CPs, novas representações para a morte e outra organização social do morrer. Mas há nesta proposta, como quer o ideário, um rompimento com a lógica da biomedicina? A cada capítulo do livro, seja oferecendo teoria, seja nos brindando com boa etnografia, Rachel Menezes vai construindo as condições para nos aproximarmos de uma resposta.

Na primeira parte do livro, são apresentadas as variações dos significados atribuídos à morte, sobretudo nos contextos socioculturais do Ocidente, e o surgimento, a partir da década de 70, do modelo da morte contemporânea, com um novo ideário acerca da morte e do morrer. Com o nascimento deste novo rol de discursos – de uma diferente construção social

da morte – nasce também uma nova prática, uma outra especialidade médica: a medicina paliativa. A proposta dos CPs, nos demonstra a autora, corresponde a uma representação social contemporânea do morrer.

Aqui é fundamental a distinção e a tensão entre os significados atribuídos à morte na modernidade e o modelo de morte contemporânea, crucial para a proposta dos CPs. Apoiada em autores de linhagens diferentes – e por vezes discordantes – como Castra, Ariès, Foucault e Elias, a autora constrói os contornos da imagem da morte e do morrer nas sociedades ocidentais no século XX. É característica fundamental da modernidade a exclusão da morte e do moribundo, e o destronamento pela morte do sexo como tabu. A morte na modernidade é dramática e insuportável – há um esvaziamento, no século XX, dos rituais de longa história. O monopólio dos cuidados, com o nascimento do hospital, passa da família e dos religiosos para as instituições médicas. Os comportamentos sociais em relação à morte transformam-se, aumenta o patamar de sensibilidade e embaraço quanto a ela e as fronteiras da morte e do morrer são alteradas. Em suma, a morte na modernidade é escamoteada, banida. Como pano de fundo, está o desenvolvimento de tecnologias biomédicas de manutenção e prolongamento da vida e o surgimento de um novo critério: a morte cerebral.

Em oposição às práticas e aos discursos médicos identificados com o modelo da "morte moderna" surge a proposta dos CPs, que mais do que transformar as práticas médicas quer construir um novo espaço social para a morte, mudando valores, sensibilidades e representações. Para este ideário, são fundamentais a autonomia do indivíduo doente, sua identidade e, sobretudo, o conhecimento da verdade sobre a doença. Há uma trajetória ideal para a boa morte – as metas a serem atingidas estão voltadas para a qualidade de vida do doente, o controle da dor, a colocação da morte em discurso e a pacificação de conflitos familiares. A boa morte é bela, harmoniosa e produtiva, especialmente porque ao longo do seu caminho os desejos dos pacientes e dos familiares são respeitados – a família é parte da equipe dos CPs, sempre multidisciplinar, e as decisões relativas à doença não são privilégio da medicina. Assim como no modelo da "morte moderna", há aqui também, como pano de fundo, o desenvolvimento de novas tecnologias biomédicas. Técnicas de administração e controle da dor, assim como o aprimoramento de medicamentos antálgicos são o fundamento técnico para a construção da proposta dos CPs.

De fato, é a possibilidade do controle da dor que torna possível a elaboração de uma medicina voltada para a administração do morrer. A proposta dos CPs não envolve, no entanto, apenas a construção de uma nova disciplina. Trata-se, sobretudo, de uma produção coletiva, de um movimento nascido nos meios médicos, com um discurso antimédico; neste sentido, pode ser considerado herdeiro de movimentos sociais mais amplos, como aquele pelos direitos civis nos Estados Unidos e o New Age. É fundamental para o movimento, portanto, a crítica permanente ao crescente poder médico e ao discurso contra a medicalização da morte; é também crucial para ele a militância e a difusão de seu ideário nos meios de comunicação, o esforço pelo desenvolvimento dos CPs como especialidade médica e pela implementação de mais serviços.

Para um novo ideário, novas práticas, novos atores. Na segunda parte do livro, Rachel Menezes apresenta a etnografia de uma unidade pública de Cuidados Paliativos da cidade do Rio de Janeiro. Neste ponto, ela nos oferece uma análise do processo de construção de novas identidades profissionais – os paliativistas; de novos pacientes – os Fora de Possibilidades Terapêuticas; e de novos familiares – os cuidadores. Aqui as tensões entre o discurso militante e a prática tornam-se mais evidentes, particularmente no manejo das questões do poder.

Temos então que a principal característica do ambiente hospitalar é a sua "humanização"; há um Programa de Humanização na unidade, que tem como objetivo a "personalização do indivíduo internado", o que se dá através de intervenções no ambiente institucional (como a implementação de uma "Sala de Silêncio", por exemplo, entre outras intervenções), e do treinamento de uma equipe multidisciplinar. Os membros da equipe, além de conhecimento técnico, devem ter um *ethos* específico. São características desejáveis para o paliativista "ser paciente", "ser atencioso", "ter compaixão", "ter sensibilidade" e ter equilíbrio para construir suas próprias defesas em relação ao sofrimento. Para os pacientes e os familiares, é desejável ter boa capacidade de adesão ao ideário dos CPs.

Na construção da categoria profissional de paliativista, nos informa a autora, há algo como a idéia de salvação da alma, ou de uma obra de devoção. Muito embora seja desqualificada por profissionais de outras especialidades, a identidade de paliativista é percebida por aqueles que a têm como um diferencial, uma transformação do olhar e dos valores, que se legitima pela habilidade específica de minorar e aliviar a dor. Vinculada à construção de

outras representações da morte e do processo de morrer, há também a necessidade de apreender um novo modo de gestão das próprias emoções. Grosso modo, os paliativistas afirmam crenças em espíritos e em outras vidas e, de forma geral, ter a "espiritualidade desenvolvida" é desejável. O "juramento do paliativista" colhido pela autora – criado por uma médica brasileira e difundido no Brasil e no exterior – aponta justamente para a construção de uma identidade fundada na articulação de três lógicas diversas: médica, psicossocial e religiosa:

> Juro por todos os meus ancestrais, pelas forças vivas da natureza e por todos os dons e riquezas desta vida, que em todos os meus atos preservarei e respeitarei a vida do meu paciente.
> Sentarei ao seu lado e escutarei suas queixas, suas histórias e seus anseios.
> Cuidarei, reunindo todos os recursos de uma equipe multiprofissional, para que ele se sinta da melhor forma possível, importando-me sempre de tratar o que o incomoda, usando apenas os recursos necessários e imprescindíveis para isto.
> Estarei ao seu lado e não o abandonarei até o seu último instante.
> Farei, silenciosamente, a nossa despedida, desejando-lhe amor e sorte no seu novo local.
> Zelarei pelo seu corpo e consolarei sua família e pessoas queridas logo após sua partida, permitindo-lhe que vá com segurança e tranqüilidade.
> Por fim, falarei de amor e com amor.
> E aprenderei, com cada um deles, a amar cada vez mais, incondicionalmente. (:114).

Temos então que a construção da identidade do paliativista, assim como a proposta mesma dos CPs, parece imprimir uma razoável permeabilidade na medicina aos campos religioso e psicossocial. De fato, a proposta dos CPs – paradoxalmente médica e antimédica – talvez afigure internamente uma rasura, um borrão na demarcação entre os territórios da biomedicina e da religião. Grande parte da pedagogia do paliativista, assim nos parece, dá-se com certeza pela impressão desta rasura no corpo teórico-prático biomédico, que se torna capaz de ser permeado por outros discursos. A pedagogia do paliativista, quando oferece novos significados para a morte e o morrer, borra os limites do campo da biomedicina.

Da mesma forma, para o paciente e os familiares que entram na unidade de CPs, um processo pedagógico se impõe. O paciente precisa ser conscientizado da trajetória a ser percorrida – despedir-se da vida – e tem

sua identidade social transformada, tornando-se um Fora de Possibilidades Terapêuticas (FPT). Já entre os familiares, deve ser construída a identidade de cuidador – alguém que passa, segundo o ideário, a fazer parte da equipe, planejando, decidindo e realizando parte dos cuidados com o paciente. Para ambos, há a necessidade de criar novas imagens e representações da morte e do morrer:

> Os pacientes mais fáceis são os que sabem da doença, aceitam na maior, sem rejeitar o diagnóstico e também os que têm o apoio e o carinho dos familiares. As famílias mais fáceis são as que estão aqui, no dia-a-dia com o paciente, quando ele está internado. Elas estão aqui para ajudar a dar um banho, para dar comida, para escutar alegria e tristeza e para ser o braço esquerdo ou direito do paciente. (Técnico de Enfermagem) (:134).

Configura-se neste contexto como cuidador ideal aquele que incorpora o ideário; como morte ideal, aquela que não ocorre nem tão rapidamente, nem tão demoradamente (preparar-se para a morte é tão necessário como preparar-se para a vida – o tempo de uma gestação é um marcador recorrente nos discursos dos profissionais), permitindo a conclusão de uma obra; como paciente ideal, aquele que deseja submeter-se ao processo de rememoração biográfica e à realização do resgate.

Mas o paciente ideal é, sobretudo, aquele que incorpora a identidade do paciente Fora de Possibilidades Terapêuticas. A idéia de impossibilidade de cura – ela mesma um golpe narcísico para a medicina – funda paradoxalmente outro braço da medicina e outro tipo de paciente, aquele que não luta mais pela vida, mas aceita, pacificado, a morte. Se esse paciente encontra-se fora de possibilidades terapêuticas ou curativas, ele certamente se situa nas que são paliativas ou de cuidado, e conscientizar-se disto é justamente um dos passos para a boa morte. Mas não basta incorporar a identidade de FTP, é preciso, para que o projeto estético da boa morte se complete, que este paciente esteja disponível para o resgate.

Resgate, para Rachel Menezes, é o termo nativo que engloba desde a pacificação das questões familiares até a resolução de questões legais e sociais. Há aqui grande valorização dos saberes do campo "psi", que medeiam a construção de uma espécie de verdade última do paciente. Uma bela morte é aquela que alcança o resgate, aquela que realiza uma espécie de acerto de contas num ato último de autenticidade da pessoa. Este "acerto de contas"

é mediado pela equipe de paliativistas, que investigam ativamente as relações sociais do doente e sua biografia para roteirizar e providenciar o que viria a ser uma caminhada positiva para a "boa morte":

> Tem o caso de um pai que abandonou a família e os filhos no norte. Ele veio parar aqui e nós conseguimos fazer com que a família viesse para o Rio de Janeiro, alugasse uma casa, levasse ele para casa e cuidasse dele. Este paciente tinha fugido de lá porque tinha estuprado a própria filha. Mas a própria filha veio dar o perdão e cuidou dele até o final. Nós fizemos este trabalho, vale a pena. (Assistente Social) (:165).

Chegamos então ao ponto em que podemos explicitar as preocupações da autora sobre a tensão entre discurso militante e prática e a problemática do poder (muito embora ela as deixe claras ao longo de todo o trabalho). Inicialmente, há o fato de que poucos conseguem realizar aquilo que é prescrito pelo ideário, talvez pela grande normalização do modelo. Ainda que o ideário prescreva como boa morte "morrer ao seu jeito", algumas práticas são consideradas claramente inadequadas – sobretudo as dramáticas, aquelas que perturbam a rotina institucional – como chorar ou rir alto, ou manifestar raiva (esta última considerada pelo discurso "psi" como uma fase a ser superada no caminho da boa morte). Trata-se de acolher ou de domesticar a expressão emocional? – a autora pergunta.

Os paliativistas, ainda que remetidos às suas representações de "boa morte", "dignidade" e ao empoderamento de doentes e familiares, raramente se indagam sobre o que é a "boa morte" para esses atores. Quando os desejos de doentes e familiares opõem-se ao ideário, há um trabalho ativo de convencimento por parte da equipe. Ainda, o discurso "psi" sobre a "boa morte" prescreve a rememoração e o resgate de laços familiares, sem que haja o questionamento a respeito de qual família se fala (os profissionais em geral têm uma percepção homogênea do que seria a família ideal), ou a quem serve o próprio resgate. Estariam os profissionais dos CPs imersos num ideário de revalorização da família? A valorização da subjetividade, da interioridade, ou mesmo a tomada da morte como questão psicológica traduz uma libertação da lógica da biomedicina ou um refinamento do domínio e do controle sobre as emoções e os corpos?

Com a progressão da doença, o paciente fica extremamente debilitado e muito dependente de seus cuidadores. Em que sentido podemos falar em autonomia do doente? Se a assistência é dirigida às áreas bio-psico-social-

espiritual dos pacientes e dos familiares, e é realizada por um grupo de profissionais, ampliamos, reduzimos ou sofisticamos os mecanismos de poder e controle da morte? Temos aqui, em maior escala, os limites das atuações profissionais, que agora alcançam a vida privada dos pacientes?

Se a "boa morte" deve ser, para o ideário, um evento natural, este se dá somente com a intervenção ou a mediação de profissionais e técnicas específicas. A "boa morte" é aquela que exige preparação e controle através dos domínios médico e psicológico das emoções, com a prescrição de comportamentos adequados. Afinal, a assistência em CPs parece promover-se às custas de um maior controle, agora estendido a áreas da vida privada do doente, e ampliado para as dimensões de caráter psico-social-espiritual de familiares e pacientes. Destas, uma das mais importantes no processo da boa morte é, afinal, a sofisticação e a expansão de mecanismos de controle sobre a morte, numa nova organização social do morrer altamente normatizada e idealizada, construída às custas de um máximo domínio do período final da vida do paciente. Os Cuidados Paliativos, conclui a autora, estruturam uma outra forma de gestão da morte, dependente de uma nova especialidade médica. A construção, por esta equipe, da bela morte é o que possibilita a aceitação deste evento como "natural".

Neste sentido, o texto de Rachel Menezes permite que perguntemos:[4] há, na proposta dos CPs a negatividade da dor ? Se para uma outra estética – como para a cosmologia judaico-cristã – a dor é positiva em seu valor providencial para a elevação do espírito, a proposta dos CPs parece ter a dor como algo negativo. Seriam o afastamento da dor e o controle de suas circunstâncias que propiciariam a elevação do espírito, o trabalho do "resgate" e a produção de uma boa e bela morte. Nas palavras de um assistente social:

> Acredito que, quando um paciente morre sem dor, sem falta de ar, sem agonia, dormindo, tranqüilo ou em coma, ele morreu bem. Morreu bem desde que também não tenha tido nenhum problema que deixou pra trás sem zerar, porque isto faz parte do morrer bem. Morreu que nem um passarinho, não sofreu, não gemeu de dor, não gritou de dor, porque já vi paciente em agonia de dor, gritando e gemendo – é um desespero para os vivos também, e isto é morrer mal. (Assistente Social) (:179).

Sendo assim, estamos, em certo sentido, entre o controle e o descontrole da dor quando em face das categorias morrer bem e morrer mal. Estamos entre ausência e presença. Se há a presença da dor, se não há o domínio das circunstâncias do morrer, morre-se mal:

> Morrer mal é uma situação que presenciei e que me chocou: o paciente fez um choque hipevolêmico – um choque hipevolêmico é a diminuição de sangue circulante no corpo – e romperam os vasos e as tubulações, então fez uma hemorragia pelo nariz, boca e ouvido. O paciente pedia socorro e sangrava, e nós não pudemos fazer nada porque ele se debatia muito, não tinha como puncionar a veia para aumentar sua volemia, não tinha como ajudar. É muito triste deixar o paciente perder o sangue até a hora da morte. Não tinha como sedá-lo porque ele estava jorrando sangue para tudo quanto é lado. Não tinha como entrarmos e segurarmos ele para fazer a sedação – por medo de contaminação. Até pegar um capote, uns óculos para a proteção dos olhos, foi a hora em que o paciente foi a óbito. Isso é muito triste. (Técnico de Enfermagem) (:179)

Mas entre a dor lancinante e a ausência de dor, quais as outras possibilidades do morrer? Na medida em que é normatizada a bela morte, que outras chances de morte o ideário constrói? Entre o morrer bem e o morrer mal, existem outras alternativas para o paciente e para a família? Certamente para o ideário, morrer "ao seu jeito" ainda é uma bela morte. Mas "morrer ao seu jeito" não exclui o drama, a desorganização, ou mesmo as solicitações dos pacientes e dos familiares que afrontam uma estética da pacificação da morte, ou a identidade de "Fora de Possibilidades Terapêuticas"? Estamos diante de um ideário autoritário? A fala de uma assistente social ilustra este potencial presente na seguinte prescrição: outras imagens da morte e do cuidar geram bagunça (descontrole) e, para a bagunça, severidade institucional (controle):

> O mais difícil seriam os familiares, porque, por mais que eles tenham, acham que é pouco. Procuramos fazer o máximo para o paciente: manter a tranqüilidade, a rotina, certa severidade, porque a instituição precisa disto, para a organização do trabalho. Precisamos ter uma rotina e ela tem que ser severa, porque senão vira bagunça, ninguém consegue mais se entender. Mas, mesmo assim, com toda a nossa organização e informação, recebemos este tipo de retorno dos familiares: "vocês poderiam ter feito mais, porque vocês não têm um CTI, porque não vão entubar, isto é desumanidade, vocês vêem que o paciente está com dor e não fazem nada", mesmo que a medicação tenha sido feita há quinze minutos. (Assistente Social) (:139).

Ao que parece, ao falarmos de "morrer bem" e "morrer mal", estamos entre as possibilidades de controle e de descontrole – não somente da dor, mas das circunstâncias do morrer, dos corpos e das emoções de pacientes e de familiares.

Então, justamente um movimento que pretende questionar o poder médico apresenta um potencial autoritário e, por capilarizar o poder, alcança quase que a totalidade das áreas e das relações sociais dos pacientes. E isto é realizado por uma equipe multidisciplinar atenta e, em sua grande parte, militante, comprometida com a causa da boa morte, com a gestão das próprias emoções e com a construção de novas representações sociais da morte. Eles estão certos de que, com a sua intervenção, o paciente tem grandes chances de "morrer bem", porque afastou de si e dos seus as condições do morrer mal. Este trabalho, na visão militante, alcança todos os envolvidos, propiciando crescimento pessoal, profissional e emocional.

Neste ponto, algumas perguntas: como esta equipe, orientada segundo o ideário da "boa morte", operacionaliza as críticas veiculadas ao projeto nos meios acadêmicos ou profissionais? Como o faz diante das contradições sempre presentes nos ideários ou, ainda, com as tensões percebidas pela própria equipe entre ideário e prática? Sendo um projeto que quer mudança no território do imaginário social e no da opinião pública, como trabalha em face do impasse e do conflito – marcas, de forma geral, dos processos de transformação de práticas e de saberes? Estes pontos, pouco esclarecidos na obra (a autora nos informa que a equipe se reúne periodicamente para discutir casos com o apoio de especialistas em bioética), não refinam o discurso dos profissionais militantes?

Note-se que estas perguntas partem apenas das nossas conjecturas. Imaginamos que o discurso militante – e por que não dizer, todo discurso combativo – ao ser interpelado por críticas, contradições e impasses, refina-se. As idéias de transição entre modelos, o que implica a presença transitória e simultânea de dois modelos, a explicitação das tensões entre revolução e reforma, ou mesmo a idéia muitas vezes recorrente de "autonomia possível" são, por exemplo, refinamentos comuns em ideários que trazem a marca da problematização do poder. Neste sentido, é possível que seja a marca da militância que se perca, além das tensões e das forças atuantes em um processo político e social complexo de mudança de um modelo (que supõe um embate com outras forças). Ficamos assim sem a certeza de que a

equipe "sabe" das suas contradições e impasses; sem ter conhecimento de como as reflexões internas e os ataques externos ao movimento refinam o discurso; ou se e como a equipe opera a tensão entre um necessário discurso idealizador e uma prática possível, exeqüível.

Da mesma forma, não é possível compreender, ao longo do texto, a relação do discurso brasileiro do movimento dos CPs e o discurso sanitário, do Sistema Único de Saúde. Na base do pensamento da chamada Reforma Sanitária, contemporânea a outros movimentos brasileiros e estrangeiros de resistência ao autoritarismo do Estado nos anos 60, 70 e 80 – todos com a marca da problematização da questão do poder – está o discurso emancipador que visa ao empoderamento dos usuários do sistema, para a mudança dos modelos de atenção e gestão nas políticas de saúde e na humanização do atendimento. Temos então uma sintonia específica: empoderamento do usuário do sistema, humanização do atendimento, problematização da questão do poder: todos estes são pontos cruciais dos discursos dos CPs e do SUS. Como eles se relacionam? Podemos identificar, no discurso brasileiro dos CPs, a marca dos enunciados sanitaristas? Um detalhamento maior da dimensão política deste novo modelo poderia localizar melhor o seu discurso e as suas filiações.

Finalmente, destacamos um ponto muito interessante do texto e que merece a nossa reflexão: a relação entre a construção da identidade do paliativista e a construção do feminino. Muito embora não aprofundado, a autora aponta para a potência e a produtividade deste tema, assim como para outros achados interessantes do trabalho etnográfico.

Temos então um trabalho que, realizado com o cuidado que exige a imersão em campo, consegue localizar novas representações sociais e organizações, novos atores e outros comportamentos diante da morte – uma morte controlada, anunciada e, por isso, bela e natural. Neste contexto, localiza-se também um novo poder, mais abrangente e capilarizado de controle das emoções, dos corpos e das circunstâncias do morrer, e um processo social e cultural complexo. Por todas estas razões, e na medida em que nos faz compreender melhor os nexos entre as representações sociais e os discursos da biomedicina, o livro de Rachel de Menezes é, sem dúvida, uma grande contribuição para o campo de reflexão da antropologia da saúde. Não é menor o seu mérito pela produção de um texto claro, arejado e de leitura prazerosa.

REFERÊNCIAS

MENEZES, Rachel Aisengart. 2004. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos.* Rio de Janeiro: Fiocruz e Garamond, 2004.